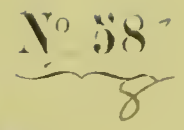
LE SARCOME DE L'ESTOMAC

LE



SARCOME

DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Mai 1908

PAR

Alfred BERTRAND

Né à Saint-Georges-d'Orques, le 22 juin 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

—

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM.	MAIRET (✻)...........	Doyen.
	SARDA.................	Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.....................................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale..................................	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale..	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale..	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.........	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....................................	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique...............................	TRUC (✻).
Chimie médicale...	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie...	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie...	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie......	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie........................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..................	BAUMEL.
Anatomie pathologique..................................	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales............	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....................................	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe...................... .	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....................	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements...............................	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.
Médecine opératoire.......................	SOUBEIRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEIRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur.*	CABANNES, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MES TANTES

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A. BERTRAND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

A TOUS MES MAITRES

A. BERTRAND.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce modeste travail, qui sera le dernier acte de notre scolarité, il est, pour nous, un devoir bien doux à remplir et que nous accomplissons de grand cœur.

A notre mère, à notre sœur, à notre frère, à toute notre famille, nous adressons ici un hommage de profonde reconnaissance pour les encouragements qu'ils nous ont prodigués, pour l'affection sans bornes dont ils nous ont entouré à tout instant.

Pendant la dernière année de nos études, ils ont su, par leurs soins délicats, remplacer, sans jamais le faire oublier, celui à qui nous adressons un hommage ému de piété filiale.

M. le professeur Tédenat a été pour nous non seulement un Maître en guidant nos premiers pas dans la pratique chirurgicale, mais encore, au moment où se pose pour nous le problème ardu de la lutte pour la vie, son intervention paternelle nous a dissipé bien des obstacles. En le remerciant de l'insigne honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, nous l'assurons bien sincèrement de notre vive reconnaissance et de notre profond dévouement.

M. le professeur de Rouville ne nous a jamais ménagé

ni ses conseils, ni sa bienveillance : nous l'en remercions vivement, l'assurant que nous ne l'oublierons jamais.

Nous avons été touché de la sympathie que nous a toujours témoignée M. le professeur agrégé Soubeyran durant toutes nos études médicales. Son enseignement familier et en même temps éclairé portera ses fruits et nous sera d'un grand secours dans l'exercice de notre profession. Il a droit à toute notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Cabannes, qui a été pour nous un camarade au début de nos études médicales, a droit à notre sympathie la plus sincère.

M. le docteur Martin, chef de clinique chirurgicale, nous a fourni les matériaux et documents de notre thèse. Il a fait mieux, il nous a prodigué ses conseils, aplanissant ainsi toutes les difficultés. Il est sûr de trouver en nous un ami reconnaissant et dévoué.

Nous ne saurions terminer sans adresser un hommage collectif de profonde reconnaissance à tous nos Maîtres de la Faculté de médecine et à tous ceux qui, de près ou de loin, ne nous ont pas ménagé leurs conseils.

Qu'il nous soit permis enfin d'adresser ici un souvenir ému à tous ces vrais amis qui ont partagé les heures tristes ou gaies de notre vie d'étudiant : nous ne les oublierons jamais.

LE SARCOME DE L'ESTOMAC

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Parmi les tumeurs malignes de l'estomac, il en est une variété d'origine conjonctive, qui est très rare, si nous la comparons aux tumeurs épithéliales de ce même organe : c'est le sarcome primitif de l'estomac.

De tous les néoplasmes observés en clinique, le carcinome de l'estomac est, avec celui du sein et de l'utérus, peut-être le plus fréquent. Virchow prétend en effet que 35 p. 100 de toutes les tumeurs malignes sont des cancers de l'estomac.

Le sarcome, au contraire, se présente d'une façon tout à fait exceptionnelle : en 1897, Schlesinger n'en connaissait que 33 cas ; en 1900, Dock n'a pu en découvrir que 46 cas en parcourant toute la littérature médicale ; Lecène et Petit enfin, en 1904, ont pu réunir à grand'peine 57 observations suivies d'examen histologique.

Nous avons pu recueillir 13 nouvelles observations qui

viennent s'ajouter aux 57 déjà citées par Lecène et Petit, ce qui porte à 70 le nombre des sarcomes de l'estomac publiés jusqu'à l'heure actuelle.

Cette rareté du sarcome gastrique s'expliquerait peut-être par ce fait, que bon nombre de tumeurs malignes de l'estomac n'ont pas été examinées histologiquement. Ce qui nous porterait à le croire, c'est que Perry et Shaw, examinant systématiquement 38 pièces de néoplasmes gastriques déposées dans le Musée du Guy's Hospital à Londres, ont trouvé 34 cancers épithéliaux et 4 sarcomes, ce qui donne une proportion de sarcomes relativement très considérable.

Sans doute la plupart des sarcomes gastriques sont d'un aspect macroscopique tout à fait spécial et qui fait déjà soupçonner, à un observateur attentif, une tumeur qui n'est probablement pas d'origine épithéliale ; mais il en est d'autres, au contraire, qui offrent, de prime abord, une ressemblance parfaite avec le carcinome vulgaire.

Il n'y a rien d'important à signaler sur la fréquence du sarcome gastrique chez l'un ou l'autre sexe : hommes et femmes en sont atteints à peu près dans les mêmes proportions.

Mais ce qui est plus intéressant à noter, c'est l'âge des malades : parmi les observations que nous citons à la fin de ce petit travail, il en est une qui concerne un enfant de 3 ans et demi (Obs. de Finlayson). On ne connaît pas encore de cas publié de tumeur épithéliale à un âge aussi tendre. Lecène et Petit ont cité aussi quelques observations relatives à des malades âgés de moins de 20 ans. Il faut bien reconnaître cependant que le sarcome de l'estomac a son maximum de fréquence de 30 à 60 ans, tout comme le carcinome.

En clinique, l'âge n'aura donc une réelle importance

pour faire un diagnostic différentiel entre le sarcome et l'épithélioma gastrique que dans les cas de sujets très jeunes, au-dessous de 20 ans.

On ne sait rien encore à l'heure actuelle sur les causes d'apparition et de développement du sarcome au niveau de l'estomac. Dans aucune observation nous ne l'avons vu se greffer sur un ulcère gastrique, comme le fait se produit quelquefois pour le carcinome.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Le sarcome de l'estomac peut se présenter sous plusieurs aspects anatomiques très différents les uns des autres, ce qui entraînera, comme nous le verrons plus loin, des symptômes tout à fait disparates suivant les cas. Selon leur siège ou leur volume, ces tumeurs sarcomateuses se manifesteront par des troubles fonctionnels qui feront poser le diagnostic, tantôt de gastrite chronique, tantôt de sténose du pylore, d'ulcère ou de cancer.

Quelquefois même ces tumeurs ne se révèleront par aucun symptôme gastrique : et tandis que les unes, de petite dimension, passeront inaperçues cliniquement et ne seront que des trouvailles d'autopsie, les autres, de dimension relativement considérable, atteignant parfois la grosseur d'une tête d'adulte, se manifesteront sous la forme d'une tumeur abdominale que l'on prendra fré-

quemment pour une tumeur de l'épiploon, de la rate, ou même pour un kyste de l'ovaire.

« Mais quelles que soient la nature et l'origine de ces tumeurs, c'est seulement d'après leurs manifestations que le chirurgien est appelé à juger de l'opportunité d'une intervention. Ce qui est important pour lui, c'est de connaître non la nature de la tumeur, impossible à déterminer cliniquement, mais son siège et son volume qui commandent la symptomatologie. »

C'est pourquoi nous adopterons pour classer ces tumeurs la division topographique qu'a suivie le docteur Martin dans l'article qu'il a rédigé avec M. Tuffier (*Chirurgie de l'estomac*, 1907).

1° Les sarcomes se développant vers la cavité gastrique ;

2° Les sarcomes infiltrant la paroi de l'estomac ;

3° Les sarcomes à développement exogastrique.

Quelques défauts que puisse présenter cette classification, c'est celle qui nous paraît la plus claire et la plus utile pour le praticien. Les tumeurs sarcomateuses se développant vers l'intérieur de la cavité gastrique ou dans la paroi stomacale peuvent ressembler beaucoup au cancer épithélial. Il existe, cependant, une variété anatomo-pathologique qui est excessivement rare dans le carcinome ; ce sont ces tumeurs nodulaires disséminées dans toute l'étendue de la paroi gastrique, que nous décrirons plus loin.

Quant à ces grosses tumeurs, quelquefois pédiculées, faisant saillie dans la cavité abdominale, à développement extragastrique, elles sont des manifestations absolument spéciales du sarcome.

I. — *Sarcomes de l'estomac se développant dans la cavité gastrique.*

Les sarcomes de l'estomac qui font saillie dans l'intérieur de la lumière gastrique sont très rares si on les compare à la fréquence relative des deux autres formes. Parmi les 70 observations que nous avons pu recueillir, 4 seulement se rapportaient à la première forme, 32 à la seconde et 34 à la troisième. Ces sarcomes endogastriques présentent en général des dimensions restreintes. Dans l'observation de Cornil, la muqueuse gastrique était soulevée par 4 ou 5 petites saillies de la grosseur d'une lentille à un petit pois, rondes, hémisphériques, saillantes, vascularisées ; elles siégaient dans la moitié droite de l'estomac. Dans le cas de Robert, la tumeur atteignait cependant la grosseur d'une pomme. Ces tumeurs sarcomateuses peuvent quelquefois, par leur siège et leur volume, gêner le fonctionnement de l'estomac et provoquer des vomissements incoercibles ou des troubles de sténose pylorique.

Herhold et Kemke ont rapporté 2 cas où les malades vomissaient tous les repas, parfois même du sang, et étaient tombés dans un état cachectique par défaut de nutrition. Dans le cas cité par Cornil, un gros polype, long de 5 cent. sur 3 cent. de largeur, ovoïde, pédiculisé, bouchait complètement l'orifice pylorique.

Dans toutes les portions du tube digestif, toutes les tumeurs qui se développent vers la lumière du conduit ont tendance à se pédiculiser. Ceci s'expliquerait très vraisemblablement par la minceur des parois et aussi par

les mouvements péristaltiques intestinaux qui facilitent l'entraînement du chyme vers la partie inférieure du tube digestif. Les tumeurs sarcomateuses de l'estomac ne font pas exception à la règle, et l'on comprend du reste mieux encore la formation de ces tumeurs pédiculées dans la cavité gastrique, si l'on songe que les mouvements de brassage stomacal pendant la digestion y sont plus marqués que dans les autres portions du tube digestif.

Cependant il faut reconnaître que les sarcomes gastriques de petite dimension se développant dans la lumière du conduit forment en général des tumeurs sessiles, quelquefois multiples ; dans les cas seulement où ils atteignent un volume assez considérable, ils forment des tumeurs pédiculées, véritables polypes (Obs. de Robert et de Cornil).

Ces sarcomes se développent en général, d'abord dans la sous-muqueuse, puis font saillie dans la cavité gastrique en refoulant la muqueuse qui peut se laisser infiltrer par le processus néoplasique et finit par s'ulcérer : ces ulcérations provoquent presque toujours des hémorragies graves qui peuvent même entraîner la mort, comme cela se produisit dans l'observation de Robert.

Dans ce cas, que nous citons plus loin au chapitre des observations, la tumeur pédiculée, grosse comme une pomme d'api, présentait à son sommet une ouverture qui ressemblait à l'orifice du col utérin et conduisait à une cavité ampullaire remplie par un caillot en connexion avec un vaisseau profond de la tumeur : c'était un beau type de sarcome plexiforme pédiculé. Au musée Dupuytren il en existe quelques cas semblables. Dans presque toutes ces observations les malades ont succombé à une hémorragie.

Quand on examine macroscopiquement une de ces tu-

meurs sarcomateuses, on est frappé par sa consistance souvent molle, presque diffluente. Si l'on sectionne ensuite la tumeur et que l'on examine sa surface de section, elle nous apparaît lardacée, parsemée de foyers de nécrose et d'hémorragies interstitielles. Cet aspect macroscopique à lui seul nous fait songer, de prime abord, à un sarcome plutôt qu'à un carcinome.

II. — *Sarcomes de l'estomac infiltrant la paroi.*

Le sarcome de l'estomac peut aussi se développer dans la paroi gastrique qu'il infiltre et simuler le plus souvent le carcinome de cet organe. Cette variété de sarcomes a été récemment bien étudiée par Lecène et Petit auxquels nous avons emprunté en partie ce paragraphe : ils l'ont décrite sous deux formes spéciales :

1re *forme.* — Le sarcome infiltrant la paroi gastrique sous forme de nodules multiples disséminés sur toutes l'étendue de la paroi.

2e *forme.* — Le sarcome infiltrant d'une façon homogène toute l'étendue de la paroi gastrique simulant la linite plastique.

Dans la 1re forme, le sarcome se présente à nous sous l'aspect d'une petite tumeur nodulaire, variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une amande, envahissant la paroi gastrique. On trouve aussi assez fréquemment disséminés çà et là sur toute l'étendue de la paroi un grand nombre de ces nodules, de toutes dimensions, et se généralisant le plus souvent par des métastases ganglionnaires ou viscérales.

Quand on examine à l'œil nu une paroi gastrique infiltrée de ces noyaux multiples disséminés, on pense de prime abord au sarcome ; le carcinome, en effet, ne revêt que très exceptionnellement cet aspect macroscopique.

Dans la 2me forme, le sarcome infiltre la paroi d'une façon homogène et lui donne par son épaisseur la consistance du carton : elle simule ainsi l'affection désignée par Brinton sous le nom de « linite plastique ». L'étude anatomo-pathologique de la linite plastique n'est d'ailleurs pas bien définie à l'heure actuelle.

Par suite de cette infiltration, la paroi gastrique subit un épaississement général qui atteint quelquefois 2 cent. et plus. Dans les cas où l'infiltration est condensée vers les orifices, elle rétrécit leur calibre, et c'est surtout le pylore qui est atteint, ce qui entraîne des signes de sténose pylorique. Alors, les parois gastriques non infiltrées par le néoplasme se laissent distendre et l'on constate une dilatation gastrique consécutive.

Dans d'autres cas, peut-être plus rares, les orifices sont respectés, mais les deux courbures et les parois gastriques antérieure et postérieure sont envahies en totalité et rétrécissent la lumière stomacale au point de l'amener au calibre d'un gros intestin normal.

Dans quelques cas enfin, du reste fort rares, comme l'a décrit Ewald dans son observation, tous les éléments différents qui composent la paroi gastrique sont infiltrés par le tissu néoplasique, si bien que leurs fonctions dans l'acte digestif sont annihilées et l'estomac n'est alors pour les aliments qu'un simple conduit de passage entre l'œsophage et l'intestin.

Le tissu néoplasique est en général friable, tend à s'ulcérer et provoque très facilement des hémorragies, qui peuvent être très graves. Quelquefois même ces ulcé-

rations de la paroi servent de porte d'entrée à l'infection et à la fonte purulente ; on a observé 2 cas, cités par Lecène et Petit, où les malades sont morts de péritonite consécutive à la perforation de la paroi gastrique.

III. — *Sarcomes de l'estomac à développement exogastrique.*

La 3me forme de sarcome gastrique revêt un aspect tout à fait spécial : il se développe sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, pédiculée ou sessile, en dehors de l'estomac, vers la cavité péritonéale, et ne s'accompagne le plus souvent d'aucun phénomène gastrique. C'est la forme qui se rencontre le plus fréquemment et c'est aussi la plus intéressante à étudier. Ce mode de développement exogastrique est tout à fait particulier, spécial aux tumeurs conjonctives de l'estomac ; on ne le rencontre dans aucune observation de carcinome gastrique.

Le volume de ces sarcomes exogastriques est en général relativement considérable : il peut se présenter quelquefois de la grosseur du poing, mais peut aussi atteindre les dimensions d'une tête d'enfant, voire même d'une tête d'adulte. Dans l'observation de Brodowski, le sarcome trouvé à l'autopsie pesait 6 kilogrammes.

La consistance de ces tumeurs est le plus souvent ferme, mais on observe fréquemment aussi des points ramollis par place, et à la coupe on a des foyers kystiques, des points hémorragiques.

Ces formations kystiques sont intéressantes à signaler.

car elles nous expliquent bien, comme nous le verrons plus loin, certaines erreurs de diagnostic que l'on commet très souvent dans ces cas.

Les dimensions de ces cavités kystiques peuvent parfois devenir relativement considérables : dans une observation de M. le professeur Tédenat, une de ces poches kystiques contenait, en effet, 4 litres de liquide sanguinolent. Leur contenu peut être séreux ou sanguinolent. Mais ce ne sont là que des pseudo-kystes résultant de foyers de nécrose résorbés ou de foyers hémorragiques formés au sein même de la tumeur. Ce fait n'est d'ailleurs pas rare et on l'observe assez fréquemment dans toutes les variétés de sarcome.

Ces grosses tumeurs sarcomateuses, pédiculées ou sessiles, prennent naissance dans la paroi gastrique et le plus souvent dans la couche musculeuse, dont elles dissocient les fibres musculaires, et par leur développement considérable font saillie dans la cavité péritonéale en refoulant devant elles la séreuse.

C'est en général sur les 2 courbures que s'implantent ces sarcomes, mais le plus souvent sur la grande courbure, quelquefois aussi dans le voisinage des orifices, surtout du pylore.

Par le fait même de leur développement exogastrique et de leur siège, fréquemment observé, sur la paroi gastrique, à l'insertion même des feuillets épiploïques, ces grosses tumeurs s'insinuent entre les 2 feuillets des épiploons et les dédoublent. Elles adhèrent parfois si intimement à eux qu'on a pu les prendre pour des néoplasmes primitifs de l'épiploon, comme cela se produisit dans l'observation de Gouilloud et Mollard.

Lorsque ces gros sarcomes exogastriques ont pris naissance sur la grande courbure, ce qui est assez fré-

quent, ils ont tendance, par leur propre poids, à l'attirer fortement en bas, et arrivent dans certains cas, comme cela a été observé par Brodowski et Virchow, à « couder complètement l'estomac », et provoquer ainsi une sorte de ptose gastrique tout à fait spéciale.

Dans une observation rapportée par Ehrendorfer, un sarcome de la grosseur d'une tête d'enfant inséré sur la petite courbure tout près du pylore avait abaissé par son propre poids l'estomac dilaté au point que la grande courbure descendait jusqu'au détroit supérieur du bassin. Cette particularité anatomo-pathologique explique bien un caractère spécial présenté par la muqueuse gastrique dans ces sarcomes exogastriques, caractère qui a été mis en lumière par Virchow. Dans une observation publiée par cet auteur, la muqueuse gastrique offrait un aspect particulier : au lieu d'implantation de la tumeur sur la grande courbure, la muqueuse présentait un infundibulum, une sorte d'entonnoir qui pénétrait dans la masse même de la tumeur. Il s'agissait évidemment là, comme l'ont dit Lecène et Petit, « d'une traction progressive exercée par le poids du sarcome sur la paroi gastrique dont la muqueuse s'était ainsi invaginée à l'intérieur du néoplasme. »

Si nous envisageons maintenant, dans une étude d'ensemble, quels sont les points précis de la paroi gastrique où se développent les sarcomes de l'estomac, à quelle variété qu'ils appartiennent, nous voyons que l'on n'a jamais observé des sarcomes gastriques siégeant sur le cardia, tandis que sur le pylore on les y rencontre dans 33 °/° des cas, d'après Lecène et Petit. Dans le carcinome de l'estomac, au contraire, les orifices se trouvent envahis dans 70 °/° des cas.

Il résulte donc de ces statistiques que le sarcome de

l'estomac respecte plus souvent les orifices que le carcinome et siège volontiers sur les deux courbures et sur les parois antérieure et postérieure. Ceci nous permettra de comprendre certaines particularités cliniques de l'évolution des sarcomes gastriques.

Quels que soient leur variété et leur siège, les sarcomes de l'estomac ont tendance à s'ulcérer. Lecène et Petit ont prétendu, en effet, que l'ulcération se produit dans la moitié des cas. Ce fait est intéressant à signaler, car il explique ainsi la possibilité d'une infection secondaire de la tumeur, observée dans quelques cas avec perforation du néoplasme et péritonite consécutive (Howard, Schlesinger).

Nous ne pouvons terminer ces quelques considérations d'anatomie pathologique macroscopique sans parler des modes de propagation des sarcomes de l'estomac.

On peut les diviser en deux modes : propagation par métastases ganglionnaires et par métastases viscérales.

Les métastases ganglionnaires régionales sont assez fréquentes, du moins en apparence, et Lecène et Petit citent 11 cas sur 15 où l'on trouvait l'envahissement ganglionnaire.

Mais il faut bien savoir que, dans beaucoup de cas, l'examen histologique complet n'avait pas été fait, et l'on ne pouvait affirmer que les ganglions hypertrophiés contenaient bien des éléments néoplasiques. « Gros ganglion ne veut pas toujours dire ganglion néoplasique », comme l'ont dit Lecène et Petit. Un ganglion peut, en effet, grossir et être atteint d'inflammation banale sans être le siège de métastase néoplasique, surtout lorsque ce ganglion se trouve au voisinage d'un tissu ulcéré.

Nous verrons plus loin, dans un cas cité par Finlayson, que les ganglions périgastriques, bien que volumineux,

n'étaient pas cependant envahis par le sarcome. L'examen histologique montra des lésions d'inflammation subaiguë sans trace de néoplasme. Il résulte de ce qui précède que la fréquence des métastases ganglionnaires, affirmée d'après les observations, ne doit être acceptée qu'avec réserve. En résumé, les sarcomes de l'estomac, comme tous les sarcomes en général, à l'inverse des autres tumeurs malignes, ne se propagent que peu fréquemment par les voies lymphatiques.

Les métastases viscérales ne sont pas très fréquentes, du moins au début du développement néoplasique. Elles siègent le plus souvent dans les organes voisins de l'estomac et peuvent simuler, par les symptômes qu'elles provoquent, les tumeurs primitives de ces mêmes organes. Dans le cas de Brodowski, les métastases siégaient dans le foie ; dans celui d'Hansemann, elles siégeaient dans le foie, le pancréas et le péritoine.

Ces métastases viscérales sont les signes certains de malignité des tumeurs sarcomateuses de l'estomac.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Le sarcome de l'estomac est le plus souvent composé de cellules fusiformes ou de petites cellules rondes : sarcome fuso-cellulaire et sarcome globo-cellulaire.

Dans le 1er cas les cellules sont formées de petits fuseaux protoplasmiques plus ou moins allongés, pourvus d'un noyau ovalaire. Ces fuseaux sont accolés entre eux et constituent des faisceaux de cellules ; ces faisceaux eux-mêmes sont quelquefois réunis en une sorte de tressage.

C'est à cette structure spéciale de cellules fusiformes que l'on donne le nom de « sarcome plexiforme » dont l'observation de Robert nous offre un beau type.

Dans le 2e cas les cellules, en général petites, arrondies, sphériques, sont pourvues d'un noyau arrondi entouré d'une mince couche protoplasmique. Ces cellules rondes constituent à elles seules par leur juxtaposition tout le tissu néoplasique ; dans les deux cas on peut trouver des myéloplaxes.

La masse cellulaire néoplasique est sillonnée par des vaisseaux capillaires. Ceux-ci subissent souvent un développement télangectiasique, et par suite de la stase sanguine et de la nutrition défectueuse des amas cellulaires centraux il se produit des hémorragies interstitielles et des lésions dégénératives qui créent des foyers de nécrose. Ce fait expliquerait peut-être l'existence de ces pseudo-kystes, dont nous avons parlé déjà, et de leur contenu souvent hémorragique (Obs. de M. le prof. Tédenat).

Les sarcomes de l'estomac peuvent se présenter aussi sous la forme de tumeurs mixtes composées d'éléments polymorphes : on peut observer une disposition finement alvéolaire, les cellules fusiformes et les fibrilles conjonctives formant un fin réseau, qui circonscrit des amas de petites cellules rondes (Obs. de M. Tédenat).

On peut trouver enfin dans ces tumeurs sarcomateuses des éléments de tissus multiples mêlés à l'élément conjonctif : nous aurons alors des tumeurs mixtes que l'on désignera sous le nom de fibro-sarcome, lympho-sarcome, myxo-sarcome, myo-sarcome.

Dans presque tous les sarcomes à développement exogastrique, le tissu néoplasique est constitué par un mélange de fibres musculaires lisses et de cellules rondes ou fusiformes à gros noyaux.

Comment interpréter dans ces cas la présence de fibres musculaires lisses au milieu de cellules sarcomateuses?

S'agit-il d'un myome envahi secondairement par le sarcome qui prendra naissance dans la trame conjonctive de la tumeur, ou bien d'une transformation directe des éléments musculaires lisses en sarcome? Pour les uns, la première théorie de l'envahissement secondaire est seule acceptable ; les autres, parmi lesquels Gouilloud, Bard et l'École lyonnaise, soutiennent la théorie du « leiomyome » ou cancer musculaire à fibres lisses.

« La plupart des auteurs allemands, dit Gouilloud, emploient l'expression de myosarcome pour désigner ces tumeurs où l'on trouve mélangés des faisceaux de fibres musculaires lisses avec des amas de cellules dites sarcomateuses, comme si les tumeurs du type musculaire ne pouvaient être que bénignes et devaient pour devenir malignes subir la transformation sarcomateuse. »

La théorie de Bard sur la spécificité cellulaire dans les tumeurs expliquerait la conception plus moderne du « leiomyome malin ».

Cette théorie, soutenue par l'École lyonnaise, consiste à dire, en ce qui nous concerne, que « la cellule musculaire lisse peut donner naissance à des tumeurs susceptibles d'offrir tous les degrés dans l'échelle de la malignité, et que ce tissu, qui engendre d'ordinaire des tumeurs bénignes, peut, le cas échéant, donner naissance à des tumeurs d'évolution plus maligne et plus infectante appartenant cependant au même type cellulaire » (Devic et Gallavardin).

« La fibre musculaire lisse se comporterait alors comme les cellules des revêtements épithéliaux qui produisent tantôt des adénomes, tantôt des cancers. Plus les cellules de la tumeur se rapprochent exclusivement du type adulte

de la fibre musculaire lisse, plus la tumeur est bénigne. Au contraire, plus les éléments se multiplient activement, plus ils restent par suite embryonnaires, plus la tumeur est maligne. »

On leur donne le nom de « leiomyome » parce que dans les points où la tumeur est le plus facile à caractériser, elle est constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses très nets.

Certains pathologistes, au contraire, parmi lesquels Lecène et Petit, trouvent cette théorie du leiomyome insuffisamment démontrée et inclinent à pencher vers la première hypothèse, c'est-à-dire la dégénérescence sarcomateuse de la trame conjonctive du myome. Ces deux théories sont encore à l'heure actuelle fort discutées et ces conceptions n'ont d'ailleurs, comme le disent Tuffier et Martin, qu'un intérêt purement spéculatif, et le praticien ne doit pas perdre de vue la nature maligne de certaines de ces tumeurs qui s'accompagnaient de métastases hépatiques et ganglionnaires dans les cas de Brodowski et Hansemann.

Dans certains cas, il est vrai assez rares, on peut trouver dans l'intérieur du néoplasme des points calcifiés (Obs. de Heitz).

Au point de vue histologique, les sarcomes de l'estomac prennent en général naissance dans le tissu sous-muqueux où ils se développent, puis envahissent la musculeuse tout en respectant le plus souvent la muqueuse gastrique et la séreuse.

En effet, au microscope, on voit sur la coupe d'une paroi gastrique envahie par un sarcome que la muqueuse est le plus souvent intacte ou n'a subi que des lésions irritatives simples.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Symptomatologie. — Diagnostic

L'étude clinique du sarcome de l'estomac présente certaines difficultés explicables non seulement par la rareté de cette affection et l'insuffisance de nos procédés d'exploration clinique, mais surtout par l'absence fréquente de phénomènes gastriques qui devraient, semble-t-il, ne jamais faire défaut.

Le sarcome de l'estomac se présente avec des symptômes qui n'ont rien de caractéristique, et qui se confondent bien souvent non seulement avec ceux de la plupart des affections les plus diverses de l'estomac, mais encore avec ceux des affections se rattachant à d'autres organes abdominaux. Dans le 1er cas nous aurons des signes de carcinome ou de sténose gastriques ; dans le 2e cas nous aurons les symptômes d'une tumeur de l'épiploon, de la rate, ou même d'un kyste de l'ovaire.

Nous allons essayer, toutefois, de dégager quelques notions générales sur la symptomatologie et le diagnostic du sarcome de l'estomac, en nous appuyant sur l'article de Lecène et Petit à ce sujet et sur les observations que nous avons pu rassembler.

Nous distinguerons d'abord avec Lecène et Petit trois formes cliniques différentes d'après les symptômes qu'elles présentent.

1° Forme latente ;

2° Tumeur avec phénomènes gastriques simulant d'autres affections de l'estomac (sténose, cancer) ;

3° Tumeur abdominale sans phénomènes gastriques.

I. — La forme latente du sarcome de l'estomac est tout à fait rare pour ne pas dire exceptionnelle. Nous en avons un bel exemple dans l'observation de Robert que nous citons plus loin : un officier soigné pour une fracture de la tête du radius est pris subitement, 15 jours après l'accident, d'une hématémèse abondante qui se renouvela à trois reprises, quelques jours après, et qui emporta le malade. A l'autopsie, on trouva dans l'estomac un sarcome pédiculé faisant saillie dans la lumière gastrique et présentant à son sommet une ulcération de la muqueuse qui avait provoqué ces hématémèses. Cette forme latente n'offre, d'ailleurs, aucun intérêt clinique pour le praticien, car elle ne se manifeste par aucun symptôme apparent.

Le sarcome gastrique n'est plus alors qu'une trouvaille d'autopsie.

II. — Mais il n'en est plus de même dans la deuxième forme qui est plus fréquemment observée. Le sarcome de l'estomac peut se manifester alors par un ensemble de

symptômes objectifs et subjectifs qui rappellent tout à fait ceux du carcinome ou de la sténose pylorique.

Le malade éprouve alors des douleurs après les repas dans la région de l'épigastre, des ballonnements épigastriques, des nausées ; il se plaint aussi de vomissements deux ou trois heures après les repas : à l'examen on trouve un estomac dilaté et quelquefois une tuméfaction dans la région pylorique : voilà bien tous les signes d'obstruction du pylore.

Dans d'autres cas le sarcome gastrique peut se manifester par les symptômes d'un carcinome sans sténose. Le malade se plaint alors d'anorexie, d'hématémèses, il éprouve du dégoût pour la viande, présente un amaigrissement notable ; à la palpation on sent une tumeur épigastrique et un estomac souvent dilaté : c'est aussi le tableau clinique complet du carcinome de l'estomac sans sténose, le plus communément observé. Il est un fait cependant qu'il importe de signaler, c'est la rareté relative des hématémèses dans le sarcome gastrique.

Dans quelques cas les malades ont présenté à plusieurs reprises des accidents nets de tétanie que l'on rencontre le plus souvent dans la sténose pylorique avec dilatation gastrique.

Quelquefois enfin ces grosses tumeurs sarcomateuses, que nous avons déjà décrites, déterminent quelques troubles gastriques qui sont dus surtout aux tiraillements et aux déformations qu'elles font subir à l'estomac. Ces troubles se réduisent à de l'anorexie, quelques douleurs épigastriques, lenteur des digestions et parfois vomissements après le repas.

D'après ce qui précède nous ne trouvons aucun symptôme qui puisse faire penser au sarcome de l'estomac.

Aussi comprendrons-nous aisément les erreurs commises par les chirurgiens.

Le diagnostic posé logiquement dans la plupart de ces cas a été celui de carcinome gastrique ou de sténose pylorique, et c'était d'ailleurs le diagnostic le plus vraisemblable en pareille occurrence, étant donné la rareté du sarcome.

Une seule fois, et dans un cas tout à fait exceptionnel rapporté par Lecène et Petit, le diagnostic de sarcome de l'estomac a pu être posé. C'est dans une observation de Westphalen où des débris de la tumeur avaient été trouvés dans le liquide provenant d'un lavage stomacal ; on fit l'examen histologique de ces débris qui donna comme résultat : sarcome globo-cellulaire ou bourgeon charnu. A l'autopsie, le diagnostic fut confirmé : il s'agissait en effet d'un sarcome de l'estomac.

Mais on doit tenir compte des conditions spéciales qui permirent de poser ce diagnostic. Nous sommes autorisés à croire d'après cela que l'examen microscopique seul nous permettra de faire un diagnostic certain de sarcome de l'estomac. C'est pourquoi, hormis le cas exceptionnel de Westphalen, jamais le diagnostic de sarcome gastrique n'a été porté et nous ne saurions vraiment nous en étonner.

III. — Il nous reste maintenant à étudier la 3e forme clinique qui est certainement la plus fréquente et en même temps la plus spéciale au sarcome de l'estomac. Il se présente ici sous l'aspect d'une tumeur abdominale plus ou moins volumineuse et ne déterminant aucun phénomène gastrique.

Au début de leur développement ces tumeurs sarcomateuses passent le plus souvent inaperçues, au point

qu'il sera très souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser la date de leur début. Ces sarcomes, qui sont alors souvent de petites tumeurs pédiculées ou sessiles se développant sur la paroi gastrique mais en dehors de la cavité stomacale, ne se manifestent par aucun signe subjectif. Ils attirent par hasard l'attention du malade seulement lorsqu'ils présentent un certain volume. Les sarcomes exogastriques, de dimension variable, siègent le plus souvent au niveau de l'ombilic ou dans la région para-ombilicale, quelquefois dans l'hypocondre droit ou gauche, ou même dans la région hypogastrique. Ces tumeurs se développent parfois progressivement jusqu'à atteindre les dimensions d'une tête d'adulte, et ce développement se produit assez rapidement, sans amener d'autres symptômes qu'un amaigrissement notable et de l'asthénie ; on a constaté dans quelques cas la présence d'une ascite. Le tableau clinique de cette forme spéciale de sarcomes peut se résumer ainsi : tumeurs siégeant dans la cavité abdominale, le plus souvent dans la région ombilicale, et n'attirant l'attention du malade que par leur développement progressif et rapide sans aucun symtôme fonctionnel du côté des viscères.

Avec un aspect clinique aussi vague et aussi peu précis on comprend aisément les difficultés qu'éprouvera le praticien, non seulement pour poser un diagnostic sur la nature de la tumeur, mais encore pour savoir quel est l'organe qui lui a donné naissance. Aussi voit-on commettre fréquemment les erreurs de diagnostic les plus singulières. Ces erreurs sont la plupart du temps justifiables et sont dues à la ressemblance des symptômes dans les autres tumeurs abdominales communément observées et à la rareté relative des sarcomes gastriques.

Dans presque tous les cas on a pris ces sarcomes de

l'estomac pour des tumeurs de l'épiploon, de la rate, de l'ovaire, dans quelques cas pour des kystes de l'ovaire.

Dans une de nos observations les plus intéressantes, due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, la malade présentait une énorme tumeur intra-abdominale.

Aucun symptôme gastrique, pas de dyspepsie, pas de vomissements, pas de diarrhée. Rien du côté du foie, des poumons, du cœur. La malade n'accusait qu'un peu d'amaigrissement.

La tumeur avait commencé il y a 2 ans au niveau de l'ombilic. A l'examen clinique elle plongeait dans le bassin où on la sentait dans le cul-de-sac postérieur. A la paroi abdominale cette tumeur présentait de la fluctuation qui remontait à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Une zone de sonorité la séparait de la matité hépatique ; sonorité dans les flancs : en un mot, tous les symptômes d'un kyste de l'ovaire. La malade est opérée par M. le professeur Tédenat : laparotomie, ouverture de la paroi antérieure de la tumeur qui laisse échapper quatre litres de liquide hématique. On fait la marsupialisation, vu l'impossibilité d'extirper la tumeur. La malade meurt quatre heures après. L'autopsie montra que la cavité qui avait été ouverte n'était qu'une dépendance pseudo-kystique d'un sarcome gastrique développé dans la partie inférieure de la grande courbure et qui avait débuté dans la sous-muqueuse.

Dans l'impossibilité absolue de faire un diagnostic certain, vu l'absence de symptômes fonctionnels, on pourrait quelquefois avoir recours à certains procédés d'exploration clinique particuliers préconisés par quelques chirurgiens et qui ont donné parfois des renseignements utiles : nous voulons parler de l'insufflation de l'estomac et du gros intestin.

Lecène et Petit ont prétendu à ce sujet que, « si la tumeur se mobilise nettement avec l'estomac insufflé, il est bien vraisemblable de penser qu'elle s'est développée aux dépens de cet organe ou du moins qu'elle y adhère intimement ; si l'insufflation du côlon refoule la tumeur vers la ligne médiane, en l'encadrant d'une zone de sonorité tympanique, le plus vraisemblable est qu'il s'agit d'une tumeur née du mésentère, du grand épiploon dans sa partie inférieure sous-colique ou encore de l'intestin grêle ; si, au contraire, l'insufflation colique refoule la tumeur en haut et à gauche, sous les fausses côtes, il devient fort vraisemblable qu'il s'agit de la rate. »

Chez la femme, le toucher vaginal combiné au palper abdominal permettra dans beaucoup de cas de reconnaître l'indépendance de la tumeur et des organes génitaux.

De même l'examen des malades sur le plan incliné, comme le préconise Hartman, peut faciliter énormément l'étude de la mobilité et des connexions anatomiques des tumeurs abdominales à diagnostic difficile.

Tous ces petits procédés d'exploration clinique que nous venons d'étudier succinctement peuvent dans certains cas être d'un grand secours pour le chirurgien.

Si toutefois l'examen clinique du malade ne permet pas d'arriver à poser un diagnostic ferme et si l'on reste hésitant entre plusieurs hypothèses, il permettra cependant de déterminer une indication opératoire, et l'intervention précisera le diagnostic.

En résumé, il résulte de cette étude clinique, que le sarcome de l'estomac ne possède aucun symptôme qui lui soit propre et qui permette de le distinguer à coup sûr des tumeurs malignes épithéliales de l'estomac, ou des grosses tumeurs abdominales.

Il existe cependant un fait un peu particulier sur lequel

nous avons déjà insisté dans un chapitre précédent : c'est l'âge relativement jeune des malades.

Si l'on voit, en effet, un sujet jeune, âgé de moins de 25 ans, présenter des signes non douteux de sténose pylorique avec tumeur perceptible, on portera avec beaucoup plus de vraisemblance le diagnostic de « sarcome » plutôt que celui d'« épithélioma », en raison de l'âge même du malade.

En dehors de ce cas de tumeur stomacale, évoluant chez un sujet jeune, le seul moyen qui permettrait de faire le diagnostic de « sarcome gastrique » serait l'examen histologique de fragments de la tumeur rejetés dans un vomissement ou retirés par le cathétérisme de l'estomac. Mais cela ne se produit qu'exceptionnellement et, comme nous l'avons déjà dit, ce cas ne s'est présenté qu'une seule fois dans l'observation de Westphalen. Il faut reconnaître d'ailleurs que le diagnostic précis de la nature du néoplasme avant toute intervention n'offre pas un grand intérêt pour le praticien. Les indications opératoires dans le sarcome gastrique seront fournies presque toujours, soit par les symptômes de sténose pylorique, soit par la présence d'une tumeur abdominale à développement rapide et de diagnostic incertain. La nature histologique du néoplasme ne modifie en rien les indications opératoires.

Pronostic

Le sarcome de l'estomac, comme tous les sarcomes en général, est une tumeur maligne à pronostic absolument fatal si on l'abandonne à elle-même. Son évolution se

rapproche beaucoup de celle du carcinome du même organe, qui donne naissance à des tumeurs secondaires envahissant d'autres organes (métastases viscérales) ou se généralisant par les voies lymphatiques (métastases ganglionnaires). Mais cependant le sarcome gastrique ne semble pas être d'une aussi grande malignité qu'on serait tenté de le croire tout d'abord.

Nous avons déjà vu en étudiant l'anatomie pathologique que, dans un assez grand nombre d'observations avec autopsie complète, on n'avait pas trouvé de métastases néoplasiques au moment de la mort. Il nous est donc permis de conclure légitimement, comme l'ont fait Lecène et Petit, « que si, dans ces cas, une intervention opportune avait débarrassé le malade de sa tumeur, il aurait eu de grandes chances de guérison à longue échéance. »

Ce fait a une importance capitale pour le chirurgien.

On peut remarquer aussi, d'après nos observations, que dans beaucoup de cas les sarcomes formaient des tumeurs nettement limitées, souvent pédiculées, implantées sur un point précis de la paroi gastrique, ne présentant pas trop d'adhérences et par conséquent plus souvent opérables que le carcinome gastrique. Toutes ces particularités anatomo-pathologiques offrent aux chirurgiens des indications opératoires exemptes de beaucoup de difficultés et rendent moins sombre le pronostic du sarcome de l'estomac.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement du sarcome de l'estomac, sous quelle forme clinique qu'il se présente, se résume en un mot : opérer, pourvu que l'état général du malade soit assez bon.

L'intervention opératoire n'offre dans tous les cas que des avantages.

S'il s'agit d'un sarcome siégeant au pylore et déterminant des phénomènes de sténose, même dans les cas où la tumeur sera inopérable, une gastro-entérostomie opportune soulagera beaucoup le malade, en supprimant les accidents dus à l'obstruction pylorique. Si au contraire le sarcome siège sur l'une des faces de l'estomac, ne donnant naissance qu'à des phénomènes dyspeptiques sans signe d'obstruction et qu'il soit inopérable, la laparotomie exploratrice faite aseptiquement ne nuira pas au malade. Et si dans un troisième cas enfin le sarcome est facilement extirpable et que l'intervention soit assez précoce, le malade pourra guérir à longue échéance.

On pourra dans quelques cas extirper la tumeur sans ouvrir la cavité gastrique, mais ce sont là des faits exceptionnels.

Dans la grande majorité des cas, il faudra pratiquer des gastrectomies tout au moins partielles qui sont rendues inévitables par les adhérences intimes de la tumeur à la paroi gastrique.

Dans l'observation de Robert où il s'agissait d'un sarcome plexiforme ulcéré à son sommet, et qui avait occasionné des hémorragies mortelles, celui-ci prétendit que « la gastro-entérostomie serait restée sans résultat et que la gastrotomie n'aurait pas permis d'obtenir l'excision de la tumeur très élevée et dont le pédicule profond se confondait avec la séreuse stomacale qui aurait été assurément déchirée en un point presque inaccessible et très vasculaire. » Tuffier, au contraire, n'admet pas l'inefficacité de la laparotomie même en pareil cas.

« Je ne prétends pas, dit-il, qu'on aurait pu enlever cette tumeur, mais on aurait pu tout au moins explorer l'estomac et la reconnaître. »

Lecène et Petit ont réuni 24 observations où il y eu intervention chirurgicale parmi lesquelles il y eut 11 morts et 13 guérisons. Les résultats opératoires sont loin d'être brillants. Mais il faut remarquer que beaucoup de malades étaient trop cachectiques ou infectés au moment de l'opération, ce qui assombrit le pronostic opératoire. Si l'on fait exception pour ces cas désespérés, les résultats sont beaucoup meilleurs : d'après Lecène et Petit, sur 14 opérations, il n'y a eu que 2 morts et 12 guérisons opératoires.

En résumé, la résection gastrique partielle pour sarcome de l'estomac est une opération parfaitement légitime lorsqu'il n'existe pas de métastases viscérales ni d'en

ahissements ganglionnaires trop étendus. Le sarcome este peut-être plus longtemps opérable que le carcinome, n raison de la moindre fréquence des métastases ganlionnaires. Nous verrons aussi, d'après les observations, ue, malgré le volume souvent considérable des tumeurs arcomateuses, il n'y avait pas souvent d'adhérences tendues, et les difficultés opératoires n'étaient pas très randes. Si l'on songe, d'ailleurs, à la fréquence relaivement considérable de cette variété de sarcome gasrique inséré en un point limité de la paroi stomacale et développement exogastrique, on verra le pronostic opéatoire devenir plus favorable.

L'intervention n'en est que plus simplifiée, consistant implement en une extirpation de la tumeur avec résection artielle de la paroi gastrique au point d'implantation du éoplasme.

Que faut-il penser des résultats opératoires obtenus à a suite de ces résections limitées ou étendues de la paroi astrique ? Le nombre des opérés qui ont été suivis après uérison est trop petit pour qu'il nous permette d'émettre ne opinion en nous basant sur lui.

Nous retiendrons cependant une observation de M. le rofesseur Tédenat, où le malade, opéré en juin 1902, our un fibro-sarcome de la paroi antérieure de l'estomac vec gastrectomie partielle, était encore en bonne santé, u mois de juillet 1905, c'est-à-dire plus de 3 ans après. C'est déjà un résultat très encourageant, mais le chirurien doit s'attendre à des résultats opératoires éloignés ncore meilleurs : le pronostic opératoire ne dépendra, l'avenir, que de la précocité de l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome de l'estomac est une affection relativement rare.

Il se présente sous plusieurs formes anatomo-pathologiques :

1° Sarcomes endogastriques (rares), 4 cas.

2° Sarcomes infiltrant la paroi, 32 cas.

3° Sarcomes exogastriques, 34 cas.

Histologiquement, les sarcomes exogastriques sont composés de fibres musculaires lisses mêlées aux cellules sarcomateuses (leiomyomes, myosarcomes).

II. — En clinique, le sarcome de l'estomac affecte trois formes :

a) Forme latente (rare).

b) Forme à symptômes gastriques simulant le cancer simple ou la sténose pylorique.

c) Forme ne se manifestant par aucun phénomène gastrique simulant une tumeur abdominale.

III. — Le diagnostic est le plus souvent impossible à faire. On ne peut l'affirmer que dans des cas extrêmement rares. Mais on pourra y penser plus souvent si on con-

naît l'existence de ces tumeurs sarcomateuses et de leurs variétés cliniques.

IV. — Le traitement est uniquement chirurgical, comme celui de toutes les tumeurs malignes :

a) Si la tumeur est inextirpable, on pratiquera la gastro-entérostomie : traitement palliatif.

b) Mais le plus souvent ablation large de la tumeur avec gastrectomie partielle : traitement curatif.

Les résultats opératoires ont été satisfaisants.

Le pronostic dépend de la précocité de l'intervention.

OBSERVATIONS

Observation I

(Robert, cité par Lecène et Petit)

Sarcome pédiculé de l'estomac

Chez un officier atteint de fracture récente de la tête du radius, survint 15 jours après l'accident une hématémèse abondante ; un demi-litre de sang fut vomi en trois fois et une quantité égale de sang fut rendue par les selles. Quatre jours après, nouvelle hématémèse ; deux litres de sang environ sont rendus. Le malade demanda une intervention, mais n'ayant pour toute indication que des renseignements insuffisants sur les troubles dyspeptiques antérieurs, et sachant le sujet hémophilique, on renonça à pratiquer la gastrotomie et l'on s'en tint au traitement médical : glace, ergotine, etc. Le lendemain, deux nouvelles hématémèses emportent le malade. A l'autopsie, on trouve l'intestin grêle distendu par du sang marc de café ; l'estomac, très développé, renferme également une grande quantité de sang et présente à 10 cent. du cardia, sur la

grande courbure, en regard de l'épiploon gastro-splénique, une tumeur pédiculée grosse comme une pomme d'api. Son sommet présente une ouverture qui ressemble à l'orifice du col utérin et conduit à une cavité ampullaire remplie par un caillot en connexion avec un vaisseau profond de la tumeur. L'analyse histologique montra que cette tumeur était un sarcome plexiforme.

Observation II

(Cornil)

Polypes de l'estomac

La nommée F..., âgée de 75 ans, est entrée à l'infirmerie des Incurables, dans le service de M. Charcot, le 9 octobre 1863. Elle était en démence sénile, parlait peu et déraisonnait. Ses membres étaient continuellement agités par des tremblements, et elle ne pouvait ni se soutenir, ni se lever ; elle était entrée à l'infirmerie avec de la fièvre causée par une escarre au sacrum. L'infirmière qui la faisait manger nous dit qu'elle prenait très peu de nourriture, que les matières liquides ou demi-liquides, telles que la soupe, la bouillie, étaient les seules qui pussent passer. Elle refusait la viande et le pain, et de plus il fallait lui donner sa nourriture par petites gorgées. D'après les renseignements des gens de service et de ses voisines, il paraît qu'elle se plaignait souvent de souffrir de l'estomac.

Elle n'a présenté ni nausées, ni vomissements, pendant un mois et demi qu'elle a passé à la Salpêtrière ; elle avait une seule selle involontaire par jour.

Elle mourut le 17 décembre 1863.

A l'autopsie on trouva le cœur normal, l'aorte athéromateuse.

Sur la muqueuse de l'estomac, on voit 4 ou 5 petites saillies de la grosseur d'une lentille à un petit pois, rondes, hémisphériques, saillantes, vascularisées ; elles siègent à la moitié droite ou pylorique de l'estomac. D'autre part, un très gros polype, long de 5 cent. sur 3 cent. de largeur, ovoïde, pédiculisé, mobile, bouche complètement l'orifice pylorique ; sa position est du reste variable ; ainsi, on peut le relever du pylore où il est engagé, et alors il est flottant dans la cavité stomacale ; la muqueuse le recouvre partout, excepté à sa base ou extrémité libre ; en ce point, la muqueuse est interrompue brusquement, et on voit la substance du polype qui présente là une surface de coloration ardoisée.

Sur tout le reste de son étendue, il est recouvert par la muqueuse, qui est elle-même hypertrophiée. Elle a une épaisseur de 1 à 2 millimètres.

En examinant à l'état frais des coupes minces de cette muqueuse, on voit que sa surface possède un riche réseau de capillaires injectés et des villosités courtes. La partie centrale, fondamentale du polype, est un tissu cellulaire et élastique, fibreux, gris, composé d'éléments de tissu cellulaire et élastique et de noyaux. Les ganglions lymphatiques de la région sont gros, blancs sur une coupe et mous.

Les autres organes de l'abdomen sont normaux.

Observation III

Herhold. — *Deut. med. Woch.*, 1898

Zur Kasuistik des Myomes des Magens

Femme de 37 ans, affaiblie et amaigrie, entre dans le service pour vomissements qui durent depuis 3 ans, se reproduisent tout de suite après les repas, cessent souvent pour reparaître ensuite de plus belle. Thorax normal ; l'inspection et la palpation de l'abdomen ne font reconnaître aucune tumeur rétrécissant le pylore. Dilatation de l'estomac modérée ; l'abdomen n'est pas anormalement sensible, vomissement de tous les repas ; les matières rendues ont une odeur aigre très prononcée : HCl en liberté. En étudiant les antécédents on pense qu'une bride due à une péritonite ancienne serre l'estomac au voisinage du pylore et explique les vomissements.

Opération. — Incision de 10 cent. de longueur. Tandis que l'estomac modérément dilaté fait saillie à la paroi abdominale, on sent au pylore une tumeur de la grosseur d'une noisette. On essaya d'extraire la tumeur de la paroi du pylore par une incision de 4 cent. à travers la séreuse. Cependant on ne put éviter l'ouverture de la lumière, parce que la tumeur siégeait immédiatement sous la muqueuse et faisait saillie dans la lumière. Le canal n'était pas trop rétréci. On put avec un peu de peine sé-

parer la tumeur de la tunique musculaire. Pyloroplastie. Suture de la paroi. 10 jours après, la malade était rétablie et on commença à l'alimenter. Aucun vomissement. Sept mois après l'opération elle avait gagné 10 kilos. L'examen microscopique montra des noyaux irréguliers de faisceaux musculaires lisses.

Observation IV

(Kemke. — *Mitterlungen aus den Hambürger Staatskrankenaustalten*, 1897)

Cas mortel de myome de l'estomac

La préparation appartient au corps d'une femme de 70 ans qui était amenée mourante à l'hôpital. La malade n'avait rien remarqué du côté de l'estomac ou de l'œsophage. Huit jours avant l'entrée à l'hôpital elle eut un abondant vomissement de sang qui se reproduisit encore une fois les jours suivants. A cause du refus de tout aliment, la malade tomba dans une faiblesse extrême. L'examen du ventre était très difficile en raison de l'agitation de la malade et des douleurs qu'elle ressentait à l'abdomen. Aucune tumeur au palper. Le diagnostic fut laissé en suspens. On pouvait éliminer le carcinome de l'œsophage à cause de l'absence de signe de sténose et de constatation de métastase, la circulation collatérale manquait aussi, une cirrhose du foie n'était donc pas vraisemblable. Les vomissements plaidaient contre un carci-

nome de l'estomac; il manquait le *Anhaltspunkte* pour un anévrisme de l'aorte. A l'ouverture on trouva une tumeur de 10 cm. de long sur 8 de large insérée par une large base sur la petite courbure, située dans la lumière de l'estomac, en partie molle, en partie dure. A la suite de l'ulcération de la partie centrale, elle prit l'aspect kystique et il y eut ouverture d'un gros vaisseau. Microscopiquement il s'agissait d'un myxomyome.

Observation V

(Hansemann, cité par Steiner. — *Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte*, t. II, 2 S. S., 1895-96)

Le malade était un maçon âgé de 43 ans. On avait diagnostiqué un cancer de l'estomac avec métastase dans le foie.

A l'autopsie on trouva une ulcération profonde, cratériforme, avec des bords déchiquetés, qui commençait à trois doigts du cardia et s'étendait le long de la petite courbure jusqu'à 10 cm. du pylore. Elle était de la dimension d'une paume de main, l'estomac était dilaté. Le foie était le siège de tumeurs variant entre la grosseur d'une graine de chanvre et celle du poing.

A l'incision, ces tumeurs étaient tout à fait ramollies et renfermaient un liquide clair, jaunâtre, contenant des filaments. Deux autres tumeurs, de constitution semblable, siégeaient au pancréas et s'étaient unies à l'estomac en se développant ; on trouva enfin une autre tumeur de la grosseur du poing siégeant dans le péritoine et n'a-

dhérant à aucun organe. Il était vraisemblable de penser à un carcinome avec métastases.

Le ramollissement des tumeurs sans hémorragie était non seulement surprenant, mais rare dans un carcinome.

L'examen microscopique donna pour toutes ces tumeurs la structure du myome avec développement cellulaire intense.

Le ramollissement est formé d'une substance mucilagineuse hyaline. Hansemann ne crut pas douteux que la tumeur primitive siégeât dans l'estomac et que les autres tumeurs ne fussent que des métastases. Cette interprétation était la seule possible d'après les rapports d'autopsie.

Les tumeurs présentaient, d'ailleurs, une ressemblance frappante avec les myomes de l'estomac.

Observation VI

(Pernice, cité par Steiner. — *Sicilia Medica Palerma*. 1890 ; A. II ; Fasc. VII, page 455)

Sténose du pylore par leiomyome

Homme de 75 ans, très amaigri, cachectique, se plaint d'une douleur d'estomac qui subsiste depuis soit-disant 5 jours seulement. Gonflement modéré de l'abdomen avec des signes certains d'une accumulation vraisemblable de liquides. A cette époque le malade sort de l'hôpital. Quatre semaines après il revient, encore plus amaigri, se plaignant d'une hyperacidité encore plus grande,

renvois et vomissements acides avec brûlure intense. Deux jours après, il meurt. Diagnostic : carcinome.

Autopsie. — L'estomac est rétréci dans la région pylorique et modérément dilaté dans la région du cardia. Dans les environs du pylore sur la paroi antéro-supérieure se trouve une tumeur ovoïde de la grosseur d'un petit œuf de poule, longue de 6 cent. et large de 4 cent. ; son grand axe était parallèle au pylore. Vers l'extérieur elle était recouverte par la séreuse épaissie ; vers l'intérieur, par une muqueuse résistante et faisant saillie qui comprimait ainsi la paroi stomacale opposée, si bien que l'on songea à une obstruction pylorique complète. La muqueuse avoisinant la tumeur était rugueuse et présentait un véritable Etat mamelonné.

Sur la petite courbure il y avait une perte de substance de la grosseur d'un sou. Dans la partie gauche élargie de l'estomac l'épaisseur de la paroi était très marquée. A la partie antérieure de la grande courbure se trouvait un polype d'une longueur de 3 cent. L'examen histologique montra pour la tumeur du pylore la structure d'un leiomyome. L'épithélium de la muqueuse est parfois détruit ; la muscularis mucosæ est infiltrée ; la sous-muqueuse est épaissie par endroits et la musculeuse est hypertrophiée et infiltrée de petites cellules rondes.

Observation VII

(Westphalen, cité par Lecène et Petit)

Homme de 30 ans : tumeur à l'épigastre qui se termine par un bord tranchant de 4 travers de doigt de l'ombilic et se perd sous le rebord costal gauche ; la matité de cette tumeur se continue avec celle du foie ; à droite la tumeur ne dépasse pas la ligne médiane ; l'insufflation de l'estomac montre que cet organe descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il n'y a pas d'HCl dans le suc gastrique. A la suite d'un cathétérisme de l'estomac, on retire un petit fragment de tumeur, dont l'examen histologique donne comme résultat : sarcome globo-cellulaire ou bourgeon charnu ?

On fait une laparotomie exploratrice. Mort au bout de trois jours.

A l'autopsie, l'estomac est de dimensions normales ; la paroi stomacale est partout infiltrée de masse gélatineuse ou d'aspect encéphaloïde. Il y a quelques exulcérations superficielles de la muqueuse gastrique au niveau des nodules saillants ; il s'agit histologiquement de myxo-sarcome primitif de l'estomac.

Observation VIII

Finlayson, cité par Lecène et Petit

Garçon de 3 ans et demi. Souffre de faiblesse, de pâleur et d'anémie ; léger rachitisme des membres inférieurs ; tous ces symptômes ont commencé après une attaque de vomissements de courte durée, sans hématémèse. Une seule fois on retira de l'estomac un peu de liquide brunâtre. Il n'y avait de douleur nulle part ; l'abdomen était bien un peu distendu, ce qui est la règle chez les rachitiques. On crut sentir la rate augmentée de volume. Quelques petits ganglions au niveau du cou. Il y eut toujours un peu de fièvre pendant la maladie ; rien d'anormal dans la poitrine. Il n'y avait pas de douleurs gastriques, mais des vomissements très fréquents ; il y avait des alternatives de constipation et de diarrhée. A l'autopsie on trouva une tumeur de la face postérieure de l'estomac, large de 3 à 4 centim., épaisse de 3 centim., faisant une saillie notable sous la séreuse ; il y avait une ulcération du côté de la muqueuse. Les ganglions mésentériques étaient augmentés de volume, mais sans néoplasme à l'examen histologique. Au microscope, il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire à cellules assez polymorphes. Pas de métastases vésicales.

Observation IX

(Ewald, cité par Lecène et Petit)

Homme de 29 ans, qui fit jusqu'à quatre semaines avant sa mort une cure d'engraissement. A cette époque seulement on sentit dans l'abdomen l'existence d'une tumeur ; il apparut ensuite de l'ascite sanguinolente. La mort survint dans le coma. A l'autopsie, l'estomac est noyé dans une masse de tumeurs bosselées ; sa paroi est doublée de volume, son calibre au contraire plutôt diminué. A l'examen histologique, la tumeur se montre envahie par du fibro-sarcome : en quelques rares points seulement on retrouve des débris de glandes.

Il est certain que depuis longtemps la digestion gastrique n'existait plus, et que l'estomac servait seulement de lieu de passage aux aliments que l'intestin digérait seul.

Observation X

(Brodowski, cité par Lecène et Petit)

Homme de 56 ans, présentant une énorme tumeur, étendue de l'hypocondre gauche jusqu'à la fosse iliaque droite, à surface lisse et légèrement mobile. Un point saillant de la tumeur était fluctuant. La ponction explora-

trice montra dans le liquide la présence de cellules fusiformes. Kosinski fit le diagnostic de tumeur de l'épiploon. La mort survint 3 jours après la ponction. A l'autopsie, la tumeur enlevée pesait 6 kilos et avait 10 cent. de long sur 16 de large et 12 cent. d'épaisseur. Elle s'insérait sur la grande courbure de l'estomac qui était fortement attirée en bas ; elle adhérait, de plus, aux deux feuillets de l'épiploon. A l'intérieur de la tumeur, il y avait de grandes cavités remplies de liquide. Du côté de la muqueuse stomacale, on trouvait une vaste ulcération, au point d'implantation de la tumeur. A l'examen histologique, il s'agissait de leiomyome mélangé à du sarcome fuso-cellulaire ; les kystes étaient dus à la nécrose partielle de la tumeur. Il existait des métastases hépatiques, de structure analogue à celle de la tumeur principale.

Observation XI

Goullioud et Mollard, cité par Lecène et Petit

Femme de 30 ans, entrée dans le service du professeur Laroyenne pour une tumeur abdominale. Depuis 6 mois, développement progressif de la tumeur abdominale sans douleurs, mais avec accompagnement d'une anémie profonde. La tumeur est située au milieu du ventre, mobile, bosselée, dure, rappelant un fibrome. Indolence absolue. Aucun rapport avec les organes génitaux. Etat fébrile léger (37°9 à 38°2). Ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements, mais anorexie et digestions pénibles. Ema-

ciation considérable, perte des forces. L'opération montre une tumeur du grand épiploon que l'on énuclée en faisant l'hémostase successive ; malheureusement on est amené à réséquer une partie du mésocôlon transverse ; la malade meurt de choc 6 heures après l'opération ; le côlon transverse, au niveau de la section de son méso, est cyanosé, livide. On trouve sur l'estomac, en un point où la tumeur épiploïque adhérait, une tumeur pariétale de l'estomac qui semble bien être le point de départ de la tumeur épiploïque secondaire. Celle-ci pèse 2650 gr. et ressemble à du fibro-sarcome. Il n'y a pas de métastases viscérales ni ganglionnaires. L'examen histologique de Bard conclut à « cancer à fibres musculaires lisses » primitif de la paroi stomacale, avec généralisation épiploïque. « Beaucoup d'histologistes, dit Bard, feraient de la tumeur, du fibro-sarcome. »

Observation XII

(Prof. Tédenat)

(Observation rédigée d'après les notes du docteur Fuster)

Sarcome de l'estomac formant une énorme tumeur hématique fluctuante prise pour un kyste de l'ovaire. — Laparotomie. — Mort.

Claire Dous..., 60 ans, demeurant à Cette, entrée le 29 janvier 1898.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans. 8 accouchements normaux. Ménopause à 48 ans. La malade entre pour une énorme tumeur intra-abdominale.

Pas de dyspepsie, pas de vomissements, pas de diarrhée, rien du côté du foie, du cœur, ni des poumons. Un peu d'amaigrissement.

La tumeur actuelle a commencé il y a 2 ans au niveau de l'ombilic. Elle plonge dans le bassin où on la sent dans le cul-de-sac postérieur avec des inégalités. Elle fluctue, remonte à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et est séparée de la matité hépatique par une zone de sonorité. Sonorité dans les flancs. Tous les symptômes d'un kyste de l'ovaire ; depuis 3 mois, augmentation de volume rapide. Urine varie de 7 à 800 gr., l'urée de 15 à 17 gr. Traces d'albumine.

5 février 1898. — Laparotomie. La tumeur paraît avec une paroi antérieure mince, rouge, friable. Elle se rompt et il s'écoule 4 littres de liquide hématique. Dans la poche, masses bourgeonnantes, friables. En haut, la tumeur remonte vers le foie. Suintement sanguin léger. Marsupialisation vu l'impossibilité d'extirper la tumeur. La malade succombe 4 heures après.

L'autopsie montre la disposition suivante : La poche hématique de 4 litres de capacité à parois bourgeonnantes est développée dans le grand épiploon. Elle est surmontée par une masse du volume des deux poings qui adhère et fait corps avec la partie inférieure du grand cul-de-sac de l'estomac où elle fait saillie en refoulant la muqueuse. Au point où la tumeur kystique se continue à travers la paroi de l'estomac dans la cavité stomacale existe un étranglement. L'examen microscopique montre la structure suivante : sarcome fuso-cellulaire. Les éléments fusiformes forment des travées irrégulières constituant des alvéoles remplies de cellules rondes à gros noyau.

La portion intra-stomacale est recouverte par la muqueuse distendue, avec lésions irritatives simples. En

résumé, sarcome globo-cellulaire et fuso-cellulaire ayant son point de départ dans le tissu sous-muqueux de la paroi stomacale.

Observation XIII

Prof. Tédenat

Fibro-sarcome de la face antérieure de l'estomac. — Vomissements. Accidents d'obstruction. — Gastrectomie partielle. — Guérison.

André G..., 39 ans, né à Barcelone, est adressé à M. Tédenat par le docteur Bermond, le 3 juin 1902. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels notables. Depuis deux ans, le malade éprouve des douleurs après le repas ; depuis six mois, il vomit souvent 2 ou 3 heures après le repas, a des ballonnements épigastriques avec douleurs vives, nausées, gène respiratoire, pouls très rapide, facies tiré. M. Bermond a constaté, il y a un mois, une tumeur arrondie, du volume du poing et quelque peu mobile, qui occupe l'épigastre un peu à gauche de la ligne médiane. Le malade est amaigri ; la tumeur est arrondie, de consistance ferme ; il ne paraît pas y avoir interposition d'intestin entre elle et la paroi abdominale. Pas d'ascite. La tumeur paraît indépendante du foie. MM. Bermond et Tédenat diagnostiquèrent, tumeur du grand épiploon.

10 juin 1902. — Laparotomie sus-ombilicale médiane. La tumeur apparaît lisse, grisâtre avec des îlots rosés. Attirée au dehors, on la voit faire corps avec la face anté-

rieure de l'estomac à sa partie moyenne. Elle s'implante sur une largeur de 1 cent. et s'élargit rapidement. Il y a un espace de 2 cent. entre la partie inférieure de son insertion et la convexité de l'estomac. Une pince de Doyen est appliquée autour de la base de la tumeur qui est excisée. En arrière de la pince, suture au catgut musculo-muqueuse, puis surjet séreux. L'opération a lieu sans grandes difficultés. Nappe de gaze sur la ligne de suture ; la plaie de la paroi abdominale est suturée, sauf dans son quart inférieur pour laisser passage à la gaze.

Pas de réaction péritonéale, le pouls ne dépasse pas 100, la température 37°8. Le 3e jour, gaze enlevée. Cicatrisation complète le 23 juin, c'est-à-dire au 13e jour.

M. Tédenat a eu des nouvelles du malade à la fin de juillet 1905, donc trois ans après l'opération. Elles étaient bonnes.

L'examen microscopique a montré la structure d'un fibro-sarcome. Grandes nappes de tissu fibreux entre lesquelles étaient des îlots d'éléments fusiformes et quelques cellules arrondies. Muqueuse à peu près saine.

Observation XIV

Erlach, cité par Steiner. — *Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 15 : 1895)

Un myome de l'estomac

Femme âgée de 33 ans. Il y a 2 ans elle remarqua par hasard dans la partie gauche de l'abdomen une tumeur assez mobile, arrondie, de la grosseur du poing qui dès

lors a grossi rapidement. La malade se sentait très bien, jusqu'au jour où elle eut un petit embarras gastrique, qui détermina une sorte de crampe ou de pesanteur d'estomac.

Elle fut alors inquiétée par la grosseur considérable de la tumeur abdominale.

Etat actuel. — L'abdomen paraît énormément développé par une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte. Elle s'étend en bas jusqu'à deux travers de doigt de la symphyse et en haut à 10 cm. au-dessus de l'ombilic ; son grand diamètre est situé transversalement.

Elle présente une surface lisse et est divisée en deux portions par un sillon oblique. Sa consistance est en général solide. La percussion donne de la matité. L'utérus n'est pas adhérent à la tumeur.

Opération. — Après ouverture de la cavité abdominale et incision d'une membrane mince recouvrant la tumeur, celle-ci fut extirpée. L'estomac paraissait allongé et était à peine large comme un gros intestin normal. Suites opératoires bonnes.

La tumeur pèse 4500 gr. Elle se compose de deux parties : l'une plus grosse un peu aplatie, l'autre plus petite de la grosseur du poing.

Les 2/3 de la tumeur ont une consistance ferme et l'autre 1/3 présente de la fluctuation. La grosse portion siégeait devant l'estomac et le côlon transverse ; la petite en arrière.

L'examen microscopique montre que la tumeur se compose de faisceaux musculaires lisses et provient de la musculature de l'estomac : elle s'est développée entre les deux feuillets du petit épiploon.

Observation XV

(Kunze, cité par Steiner. — *Arch. für klinische Chir.*, 1890, Bd XI, p. 753)

Le malade est âgé de 52 ans, il se plaint d'une sensation de brûlure au milieu de l'abdomen. Depuis quatre ans il a remarqué une tumeur au niveau de l'ombilic qui a grossi lentement.

Depuis cette époque, le malade éprouve de violentes douleurs. L'appétit est diminué, le malade est constipé. Les vomissements, les éructations font totalement défaut. Autour de l'ombilic, on sent une tumeur grosse comme un poing, bosselée, mobilisable de tous côtés, avec des contours arrondis, et de consistance ferme.

Opération. — Incision de 15 centimètres de longeur. Après l'ouverture du péritoine on met à jour une tumeur bosselée, ferme, vasculaire ; de son bord antérieur part un pédicule épais, qui est lié et incisé. On s'aperçoit alors que la tumeur ne venait pas du côlon, mais du cardia. On applique 2 pinces de Kocher, et on extirpe la tumeur après avoir réséqué 10 centimètres de la paroi stomacale sans hémorragie.

Excision d'une tumeur sous-séreuse ressemblant à une glande située à proximité du cardia. Suture de l'estomac. Le malade mourut quinze jours l'opération d'une pneumonie double.

La tumeur, de forme ovale, bosselée, de consistance assez ferme, a une longueur de 10 centim. sur 7 centim. de

largeur ; elle pèse 251 grammes. Histologiquement elle est composée de faisceaux de fibres musculaires lisses, tantôt colorées, formant un feutrage embrouillé, tantôt entrelacées. A un fort grossissement, on voit des cellules fusiformes caractéristiques.

Dans l'intervalle on trouve du tissu conjonctif peu abondant.

Observation XVI

Lancereaux

Myome de l'estomac

Un malade qui succomba à l'Hôtel-Dieu, d'une cirrhose hépatique avec ascite, n'avait présenté, ni dans ses antécédents, ni dans son état actuel, aucun phénomène qui pût faire soupçonner l'existence d'une tumeur stomacale ou renseigner sur son origine. Cependant, à l'autopsie, on trouve sous la tunique séreuse de l'estomac une tumeur saillante, arrondie, du volume d'un haricot. Cette tumeur, ferme, énucléable, dure à la coupe et d'une coloration grisâtre, fait saillie à la surface externe de l'estomac, mais n'est nullement pédiculée. Elle est composée de cellules allongées, fusiformes, soudées par une gangue solide, et munies d'un noyau elliptique (fibres-cellules), auxquelles s'ajoutent quelques noyaux ronds et de petit volume.

Observation XVII

(Meslay)

Myome de l'estomac

Homme de 45 ans mort d'hémorragie cérébrale dans le service de M. Widal. A la partie latérale droite de la grande courbure de l'estomac, pendait, soutenue par un pédicule de la largeur d'une plume d'oie et d'une longueur de 1 cent. et demi environ entre les feuillets de l'épiploon, une tumeur dure, du volume d'une grosse noix. A ce niveau, la surface de la muqueuse stomacale ne présente aucune altération ; de ce côté, un petit prolongement polypeux supérieur vient faire saillie au-dessous des tuniques de l'estomac. Par sa face externe la surface est déprimée par d'assez nombreuses brides d'aspect fibreux, qui la divisent en plusieurs petites masses polypeuses. A la coupe, la surface de section est nette, blanchâtre ; le tissu est un peu dur et résiste au couteau sous lequel il crie ; des coupes ont été faites de la pièce après durcissement dans l'alcool et inclusion dans la paraffine ; coloration à l'hématoxyline-éosine.

On y trouve des noyaux très allongés de fibres musculaires lisses ; quelques-unes sont coupées perpendiculairement à leur direction entre les faisceaux de fibres dont la coupe se trouve exécutée parallèlement à leur direction. A la périphérie de la coupe se trouve du tissu fibreux

avec de rares cellules à noyau moins allongé, correspondant à la capsule du néoplasme.

Observation XVIII

(Jean)

Myome de l'estomac

Femme de 82 ans, morte d'une pneumonie double à forme hémiplégique. La tumeur a été découverte seulement à l'autopsie et n'a donné lieu pendant la vie à aucun symptôme qui appelât l'attention vers l'estomac.

A l'ouverture du corps on constate sur la face antérieure de l'estomac, au niveau de la valvule pylorique, une tumeur de la grosseur d'une noix, faisant saillie en avant, et ne rétrécissant nullement le pylore ; cette valvule est normale et le doigt peut aisément traverser l'ouverture. Cette tumeur, d'une couleur blanc-jaunâtre, présente une surface extérieure unie, non bosselée, recouverte par la tunique séreuse péritonéale : elle fait partie intégrante de la tunique musculeuse, à laquelle elle adhère sans l'intermédiaire d'un pédicule. Au-dessous d'elle, la muqueuse paraît intacte. A la coupe, la tumeur est assez dure, lardacée ; il n'existe pas de kyste dans son épaisseur ; la surface de section est lisse, non granuleuse.

Elle paraît formée de couches concentriques, s'étendant du centre à la périphérie ; au centre, on remarque

un petit point rouge qui est la section d'un vaisseau. D'après ces différents caractères, constatés à l'œil nu, M. Vulpian crut au moment même de l'autopsie à l'existence d'un myome.

A l'examen histologique, on reconnaît facilement l'existence d'une grande quantité de fibres musculaires lisses. Sur des coupes colorées au carmin on voit facilement un grand nombre de cellules musculaires avec des noyaux très colorés. Dans l'interstice de ces éléments musculaires, on trouve des fibres conjonctives et des vaisseaux dont les coupes sont plus ou moins obliques.

Observation XIX

(Heitz)

Fibro-myome calcifié sous-séreux de la paroi gastrique

Femme âgée de 72 ans, morte de broncho-pneumonie. Dans son histoire clinique, aucun trouble ne semble se rapporter à l'existence de cette tumeur. Elle n'avait jamais souffert de l'estomac, n'avait jamais présenté d'hémorragie. A la palpation du creux épigastrique, on ne sentait rien de particulier, ce qui s'explique par la situation profonde du noyau calcifié. La tumeur est en effet appliquée sur la petite courbure, à la partie moyenne de celle-ci, et elle soulève la séreuse sur la lèvre postérieure de cette petite courbure, derrière le ligament gastro-hépatique, par suite en pleine arrière-cavité des épiploons. Elle ne fait

absolument aucune saillie dans l'intérieur de l'estomac et la muqueuse est normale à son niveau. C'est une masse grosse comme une noix, très dure, donnant un son clair à la percussion, relativement légère. Sectionnée par un trait de scie en son milieu, elle se montre formée entièrement d'une substance calcaire, recouverte d'une mince enveloppe séreuse. A la partie tout à fait postérieure, cependant, les granulations calcaires non confluentes sont simplement disséminées au milieu d'un tissu dur, d'apparence fibreuse.

Un petit fragment de cette zone a été décalcifié pour examen histologique. Sur les coupes, on distingue, çà et là, de petit amas calcaires fortement colorés par l'hématoxiline ; la trame de la tumeur est formée de tissu conjonctif extrêmement abondant et serré, avec de très rares vaisseaux sanguins. En certains points, on reconnaît des cellules musculaires lisses, à noyau allongé, à bâtonnet étroit, mais le tissu fibreux est tout à fait prédominant.

En résumé, tumeur fibreuse, calcifiée secondairement, développée aux dépens du tissu musculaire lisse de la tunique moyenne de l'estomac.

Observation XX

(Eppinger, cité par Steiner. — Préparation du Musée d'anat. path. Graz)

Myome externe de l'estomac

Au mois de février 1896, un homme âgé de 60 ans entra dans la clinique chirurgicale du professeur Nicola-

doni avec une tumeur abdominale de la grosseur d'une tête d'adulte qui fut enlevée par une laparotomie. Huit jours après l'opération le malade mourut.

Le professeur Eppinger fit l'autopsie.

La tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, paraissait être fixée à la grande courbure de l'estomac. Elle mesure 26 centim. de longueur et 14 centim. de largeur. Sa forme est d'un ovale allongé, sa surface irrégulièrement bosselée, sa consistance mollasse. Elle est composée de deux parties dont l'une fait saillie sous la muqueuse gastrique qui est très amincie.

A la coupe, le tissu de la tumeur paraît fasciculé, de coloration rose avec des stries blanchâtres qui s'étendent vers le centre de la tumeur. A certains endroits on trouve des foyers de couleur rouge foncé dans lesquels le tissu néoplasique a été détruit ; ce sont des foyers hémorragiques.

A l'examen microscopique, la tumeur est composée de fibres musculaires lisses avec des noyaux caractéristiques fusiformes et du tissu conjonctif assez riche en fibrilles. Dans la partie de la muqueuse qui adhérait à la tumeur, celle-ci est atrophiée : l'épithélium est détruit, le tissu propre aminci, les glandes ne sont plus reconnaissables à leur place habituelle, la muscularis mucosæ est mince, à peine visible. Le tissu sous-muqueux est infiltré par des cellules rondes et commençait à se désagréger. Les couches musculaires de l'estomac ne sont pas faciles à reconnaître et se perdent dans la masse de la tumeur.

Observation XXI

Von Eiselsberg

Femme de 30 ans, souffrant un peu de l'estomac. A la palpation, on sent une tumeur, grosse comme une tête d'homme, hémisphérique, dure et lisse, qui descend en bas jusqu'à la symphyse et présente une mobilité complète dans tous les sens. A sa partie supérieure, la grosse tumeur est unie à une seconde tumeur moins volumineuse, grosse comme le poing et bosselée. Les fonctions gastriques examinées spécialement sont normales. On fit le diagnostic de tumeur de l'ovaire.

A l'opération, on constata que la tumeur s'insérait sur la grande courbure de l'estomac par une large base. On fit la résection de la tumeur et la suture de la perte de substance gastrique. Guérison.

La tumeur pesait 5 kil. 500. Elle était multilobée et la plus grosse masse avait le volume d'une tête. Quelques petites nodosités faisaient saillie dans l'intérieur de l'estomac, mais la muqueuse gastrique était mobile à leur surface. Il s'agissait d'un fibro-myome de la paroi gastrique, avec des points en dégénérescence fibro-sarcomateuse.

Observation XXII

(Virchow, cité par Lecène et Petit

Une tumeur hémisphérique, insérée au milieu de la grande courbure, près de la face postérieure de l'estomac, saillante dans la cavité abdominale, avait déterminé un abaissement notable de l'estomac. La tumeur formait extérieurement une véritable poche, à parois minces, remplie de liquide sanguinolent. Du côté de la muqueuse, la tumeur faisait saillie sous forme d'une masse mamelonnée ; la muqueuse gastrique s'enfonçait dans l'intérieur de la tumeur, sous la forme d'un entonnoir. Histologiquement, la tumeur était formée de tissu musculaire lisse et de cellules rondes qui, en certains points, avaient détruit la musculature lisse (mélange de leiomyome et de sarcome globo-cellulaire).

BIBLIOGRAPHIE

BRODOWSKI. — Virchow's Archiv, 1876, Bd LXVII, p. 227.

CORNIL. — Soc. anat., 1863.

ERLACH. — Wiener klin. Wochensch., 1895.

GOULLIOUD. — Congrès de chirurgie, 1903, p. 357.

HANSEMANN. — Verhandlungen des Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, t. II, 1896.

HEITZ. — Soc. anatom., 1902.

HERHOLD. — Zur Kasuistik der Myomes des Magens deutsche med. Wochenschrift, 1898.

JEAN. — Myome (Soc. anat., 1875).

KEMKE. — Mitteilungen aus dem Hamburger Staatskrankenaustalten, 1897.

KUNZE. — Arch. für klin. Chirurg., 1890.

LECÈNE et PETIT. — Revue gynécologique, 1904.

MESLAY. — Société anatomique (Paris, 1896).

ROBERT. — Société de chirurgie. 1898, p. 294.

STEINER. — Ueber Myomes des Magen-Darmkanals (Beitrage zur klinischen Chirurgie, 1898).

TUFFIER (Th.). — Chirurgie de l'estomac, 1907 (10me partie).

EISELSBERG (Von). — Arch. für klin. Chirurg., 1897, p. 599.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 23 avril 1908.
Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Le Vice-Président,
MAIRET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 23 avril 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !